

**Une observation
d'ostéite métaphysaire bipolaire
tuberculeuse**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

Le 18 Décembre 1939

par

PAUL BLANCHARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Montpellier
Interne des Hôpitaux de Nice

né le 2 Août 1913 à Grenoble (Isère)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EXAMINATEURS
DE LA THÈSE**

MM. ETIENNE, professeur, *Président*
EUZIÈRE, professeur.
JEANBRAU, professeur.
TERRACOL, professeur.

} *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ

(PIERRE ROUGE)

—
1939

Une observation
d'ostéite métaphysaire bipolaire
tuberculeuse

**Une observation
d'ostéite métaphysaire bipolaire
tuberculeuse**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

Le 18 Décembre 1939

par

PAUL BLANCHARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Montpellier
Interne des Hôpitaux de Nice

né le 2 Août 1913 à Grenoble (Isère)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS	{	MM. ETIENNE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
DE LA THÈSE		EUZIÈRE, professeur.		
		JEANBRAU, professeur.		
		TERRACOL, professeur.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(PIERRE ROUGE)

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HÉDON
Chimie biologique et médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.....	BAUMEI.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	GIRAUD.
	RIMBAUD.
Clinique chirurgicale.....	MASSABUAU, <i>assesseur</i>
	RICHE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, <i>doyen</i>
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge.....	BOUDET.
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	TERRACOL.
Radiologie (ch. de c.).....	LAMARQUE.
Anatomie (ch. de c.).....	LAUX.
Histologie (ch. de c.)	GRANEL.
Propédeutique chirurgicale (ch. de c.).....	AIMES.

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TÊDENAT, FORGUE, ESTOR.
BERTIN-SANS GALAVIELLE, BOSCH, VIRES, VILLARD, CABANNES.
GRYNFELT.

Chargés de cours complémentaires

Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES
Médecine opératoire	ROUX, <i>agréé.</i>
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, <i>agréé.</i>
Accouchements	CADÉRAS DE KERLEAU
	<i>agréé</i>
Clinique phthisiologique.....	VIDAL, <i>prof.</i>
Pathologie médicale et clinique propédeutique médicale.....	N...
Clinique propédeutique médicale.....	P. RIMBAUD, <i>agréé,</i>
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON, <i>prof.</i>
Stomatologie.....	D ^r FERRIER, <i>ch. de c</i>
Histoire naturelle médicale	HARANT, <i>agréé.</i>

Agrégés en exercice

Médecine. MM. P. RIMBAUD.	Chirurgie.....	MM. MOURGUE-MOLINES
BOUCOMONT.		GUIBAL.
BERT		ROUX.
		TRUC.
Urologie, TRUC.	Chimie.....	MONNIER.
	Bactériologie.....	CARRÈRE.
	Parasitologie	HARANT.
	Obstétrique	CADÉRAS DE KERLEAU

Examineurs de la thèse

MM. ETIENNE, *Prof., Prés.*
EUZIÈRE, *professeur.*

MM. JEANBRAU, *prof*
TERRACOL, *prof.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

Avec toute mon affection

A MES ONCLES :

LE PROFESSEUR RAOUL BLANCHARD

LE DOCTEUR JEAN BLANCHARD

A TOUS MES AMIS

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

A MON JURY DE THÈSE

INTRODUCTION

Les localisations du bacille de Koch sur la diaphyse des grands os longs prennent très rarement la forme de cavités kystiques, parois lisses avec séquestre en général peu volumineux.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de rapporter ici une observation de cette forme de tuberculose, localisée dans les deux métaphyses du fémur droit, chez une fillette de deux ans et demi, encore en traitement dans le service de Chirurgie Infantile et Orthopédie (Professeur ETIENNE).

Le silence de son évolution contraste avec l'importance des lésions (invasion de la hanche d'une part, du genou de l'autre à la suite de la localisation bipolaire).

Nous regrettons que les circonstances actuelles (nous sommes mobilisé dans la zone des armées depuis le début des hostilités) ne nous aient pas permis de donner à cette thèse tout le développement qu'elle aurait mérité ; nous n'avons eu ni le temps ni les moyens de nous procurer la documentation indispensable et nous nous bornons à mentionner comme travail d'ensemble, renfermant les références essentielles, le rapport d'ANDRIEU au Congrès d'Orthopédie Française de 1929.

OBSERVATION

Le 24 mars 1939 , entrant dans le service de Chirurgie Infantile et Orthopédie la jeune S... Josette, âgée à ce moment là de 2 ans 5 mois.

Motif d'entrée : douleur du genou droit avec tuméfaction et légère impotence fonctionnelle.

En réalité les premières manifestation cliniques de la lésion pour laquelle elle est hospitalisée paraissent remonter à octobre 1937.

A ce moment la mère qui portait l'enfant fait une chute, quelques jours après, l'enfant qui, lors de l'accident, n'avait manifesté aucune douleur, se plaint du genou droit.

Le Professeur ÉTIENNE consulté constate qu'il s'agit d'une tuméfaction intéressant la région juxta-épiphysaire du fémur droit (côté interne) avec intégrité de l'articulation du genou, intégrité de l'articulation de la hanche. Il conseille à la mère de faire rentrer l'enfant dans le service de Chirurgie Infantile pour procéder à toutes investigations complémentaires nécessaires et pour préciser la nature exacte de la lésion osseuse.

Mais la mère se garde bien de suivre le conseil et confie l'enfant à un rebouteux.

L'enfant, d'après les renseignements donnés par la famille, aurait marché sans difficulté jusqu'en mai 1938; à ce moment, apparaît, sur la surface interne du genou droit, une grosseur des dimensions d'une noix, sans aucune élévation de température.

En juillet 1938, la tuméfaction s'ouvre spontanément, se fistulise et donne issue à du liquide d'abord clair, puis légèrement purulent. Elle reste fistulisée pendant quelque temps puis se cicatrise.

En août de la même année, furonculose sur les membres inférieurs et adénite inguinale assez douloureuse, mais ne passant pas à la suppuration.

Le 18 mars 1939, la douleur du genou étant devenue plus vive sans qu'il y ait élévation de température, l'enfant est soumis à un examen radiographique. Celui-ci est pratiqué par le Professeur LAMARQUE qui donne le compte rendu suivant :

« L'examen radiographique du genou droit est pratiqué
« en incidence frontale par comparaison avec le genou
« opposé et en incidence de profil. On observe une perte
« de substance osseuse dans la région diaphyso-épiphy-
« saire inférieure du fémur droit. Cette zone est nette-
« ment limitée en dedans par un trait clair. Elle inté-
« resse la face postérieure du fémur, c'est une véritable
« géode dans laquelle on distingue nettement un sé-
« questre. Quelques petites calcifications se projettent
« en regard d'elle dans les parties molles. Un léger liseré
« périosté se voit sur le bord postérieur du fémur. Ces
« images paraissent répondre à un foyer d'ostéite. Alté-
« ration du condyle interne dont les contours sont flous
« et qui présentent indiscutablement des lésions d'os-
« téite. Pas de pincement articulaire ».



FIG. 1.

Radiographie du genou droit.

Devant les phénomènes douloureux, les résultats de l'examen radiographique, la famille se décide enfin, avec un an et demi de retard, à faire entrer l'enfant dans le service de Chirurgie Infantile et Orthopédie.

Les douleurs localisées dans le genou droit, sont plus des douleurs provoquées que des douleurs spontanées ; l'impotence fonctionnelle est partielle, très légère limitation de la flexion.

A l'inspection, le genou droit est en légère flexion, il est globuleux, présente sur sa face interne une cicatrice déprimée, blanchâtre, souple, il est plus chaud que le genou gauche. La peau malgré ce ne présente pas de changement de coloration. La cuisse droite est nettement atrophiée.

A la palpation, pas d'épanchement dans l'articulation, pas de choc rotulien. La lésion siège en apparence sur l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale, mais le condyle interne est un peu augmenté de volume et paraît douloureux à la pression.

Les mouvements de l'articulation sont très légèrement limités, l'extension est incomplète, la flexion également.

Dans la station debout, l'enfant souffre nettement, car elle porte uniquement sur le membre inférieur en appuyant à peine la pointe du pied droit.

Adénopathie du triangle de Scarpa ; intégrité absolue de l'articulation de la hanche, ni douleur, ni gêne fonctionnelle.

Cette enfant est chétive, sans appétit ; elle appartient à une famille dont les parents seraient en bonne santé d'après les premiers renseignements ; mais le médecin traitant nous a signalé depuis une syphilis familiale.

L'enfant aurait une sœur plus âgée en bonne santé. En ce qui la concerne, elle aurait eu la rougeole et la varicelle.

Elle présente une kérato-conjonctivite de l'œil droit pour laquelle il a été demandé une consultation au service d'Ophtalmologie (Professeur DÉJEAN). Dans l'ordonnance qui nous a été remise après consultation au service d'Ophtalmologie, on porte le diagnostic de kératite de l'œil droit et le traitement consiste en lavages avec une solution d'acide borique 30 gr., eau distillée bouillie un litre.

Instillations III gouttes du collyre :

Sulfate neutre d'atropine,

Bleu de méthylène,

Eau distillée.

suivies de pansements avec une pommade à l'oxyde jaune de mercure au centième.

Une radiographie nouvelle est faite à l'entrée dans le service ; en voici le compte rendu :

« Genoux : la radiographie de face montre d'abord à
« gauche, région non atteinte, des lésions de rachitisme
« qui sont évidentes, caractérisées par une hypotrophie
« des bourgeons épiphysaires fémoral et tibial qui se
« trouvent largement débordés par le bulbe de l'os sus
« et sous-jacent, formant des images en pagodes. On
« note quelques irrégularités sur le bord interne du
« bourgeon fémoral gauche, ainsi qu'une image curieuse
« à double contour sur son bord externe.

« A droite (côté malade), même aspect sur le bour-
« geon épiphysaire du tibia. Le bourgeon épiphysaire
« fémoral est agrandi dans le sens transversal et dans
« le sens vertical, il est pommelé dans son ensemble et
« présente des irrégularités de structures. Ces images de

« destruction « architectoniques » sont au maximum au
« bord interne où même on a l'impression d'une image
« de géode dont les contours sont assez imprécis.

« Sur la surface interne de la diaphyse fémorale, près
« du cartilage de conjugaison, existe une image de géode
« osseuse, sous-corticale affleurant par sa partie basse
« le cartilage de conjugaison et remontant à 3 cm. au-
« dessus. Cette géode ovalaire présente dans sa cavité
« une image osseuse qui paraît être un séquestre.

« Sur la radiographie de profil, à gauche, côté sain,
« on note l'existence d'une anomalie de structure au-
« dessous du cartilage de conjugaison tibial, anomalie
« faisant penser à des images d'ostéite fibro-kystique
« atténuée.

« A droite, la géode, vue sur la radiographie de face
« se montre franchement postérieure, le bourgeon épi-
« physaire du fémur a un contour irrégulier dans sa
« moitié postérieure. »

Par ailleurs l'examen complet de la malade n'a pas
révélé d'autres lésions que celles que nous avons si-
gnalées.

Restait à préciser la nature de ces lésions. Il ne pou-
vait être question d'envisager l'hypothèse d'une tumeur
quelconque, voire de kyste, le diagnostic d'ostéite s'im-
posait : tuberculose, syphilis, infection banale, mycose,
peut-être mélitococcie, telles étaient les différentes
causes à envisager.

N'eut-été la lésion épiphysaire, on aurait pensé cli-
niquement, et en accord aussi avec l'interprétation pre-
mière radiographique, à une ostéite banale ; la notion
d'une furonculose ayant évolué l'année dernière parais-
sant appuyer l'hypothèse d'une localisation du staphy-
locoque sur l'extrémité inférieure du fémur. Sous ré-

serve des examens complémentaires c'est le diagnostic qui paraissait devoir être plus facilement accepté ; mais la notion d'une syphilis familiale, l'hypothèse d'une bacillose ne pouvaient pas être écartées, pas plus que la possibilité d'une association de ces différentes causes.

Quoiqu'il en soit, l'indication opératoire paraissait posée et d'autant plus que la non intégrité du condyle interne pouvait faire craindre une extension des lésions à l'articulation du genou et cela quel que soit l'agent pathogène en cause.

Le 3 avril, sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, incision sur le condyle interne du fémur. On accède sans difficulté dans une petite cavité osseuse dont la paroi postérieure est d'autant plus facilement effondrée qu'à ce moment-là elle est constituée uniquement par le périoste épaissi. Il s'écoule une petite quantité de pus épais, verdâtre et filant. La cavité largement ouverte, on extrait à la curette le séquestre visible à la radiographie. Un curettage très doux est pratiqué qui permet de retirer quelques débris osseux et mous qui seront soumis à un examen histologique.

La cavité exposée largement, on constate que le bord inférieur arrive jusqu'au cartilage de conjugaison, le bord supérieur a des limites régulières assez nettes et le fond est constitué par un os compact de bonne apparence. On touche légèrement les parois à la teinture d'iode et après mise en place de mèches, le pansement est appliqué.

Les suites opératoires paraissent être des plus normales, la cicatrisation paraît se faire très simplement, aucune réaction du côté de l'articulation du genou.

Le 21 avril, au cours de la visite, on constate que la hanche droite est en adduction et rotation interne. Il s'agit d'une luxation postéro-supérieure de la hanche.

Jusqu'ici rien n'avait attiré l'attention du côté de la hanche, qui explorée cliniquement avait paru absolument intacte. Les radiographies du genou avaient intéressé également à peu près toute la diaphyse fémorale, malheureusement par suite de l'obliquité du film, si le col fémoral gauche avait donné une image, le col fémoral droit était hors du cliché. Du reste à moins de faire un examen systématique, radiographique de tout le squelette, aucun signe clinique quelconque ne permettait de justifier une exploration radiographique de la hanche.

« Une radiographie faite immédiatement confirme le
« diagnostic de luxation de l'articulation fémorale, le
« bourgeon épiphysaire est très irrégulier et paraît
« détruit, on note au niveau du grand trochanter une
« zone à contours nettement limités répondant à une
« perte de substance, d'aspect kystique. Le toit du co-
« tyle est détruit. Il paraît s'agir, dit le radiographe,
« d'un processus d'ostéo-arthrite avec luxation patho-
« logique ».

Immédiatement, on met le membre inférieur en extension continue, en abduction et rotation interne de façon à réduire le mieux possible la luxation pathologique. Étant donné par ailleurs les antécédents qui nous ont été signalés, on institue le 25 avril, des frictions à l'Onguent Napolitain Belladoné. L'enfant est soignée par ailleurs comme une coxalgique. Le traitement mercuriel peut être appliqué, l'élimination rénale paraissant se faire d'une façon très satisfaisante.

Analyse d'urine :

Urée 11 gr. 20 par litre
Chlorures 12 gr. par litre
Aucun élément anormal.



FIG. 2.

Radiographie de la hanche droite.

Un nouvel examen radiographique pratiqué le 11 mai 1939, montre « une destruction de la tête dont le bourgeon est très réduit, la tête fémorale est luxée en dehors et en haut, mais le déplacement est moindre que lors de la première radiographie ».

Le 10 juin, une voussure apparaît au niveau de la face antérieure de la cuisse, immédiatement en avant du col fémoral. Cette voussure est fluctuante.

Le 14 juin, nouvelle radiographie, la cuisse a été mise en rotation interne très accentuée ; sur le cliché « on trouve des traces de la géode, des altérations intéressant la tête, l'épiphyse, le col fémoral et la partie haute de la cavité cotyloïde. »

Le 15 juin, intervention chirurgicale sous anesthésie au chlorure d'éthyle.

Incision sur la face externe de la cuisse droite un peu en avant du grand trochanter. Après avoir récliné les muscles et effondré le périoste de façon à pénétrer si possible dans le col sans ouvrir l'articulation, on se trouve à l'intérieur d'une géode très importante correspondant à l'image radiographique, se prolongeant dans le col et la tête fémorale et nettement limitée du côté de la diaphyse.

Le curettage de cette géode donne issue à du pus mêlé de grumeaux et de tissu osseux en certaine quantité, 20 cc. environ. On retire également un séquestre de la grosseur d'une pièce de 50 centimes. L'abcès développé dans les muscles antérieurs est ouvert et drainé par une contre-incision. La géode soigneusement vidée et asséchée, on constate que sa paroi postérieure est constituée par une lame de tissu compact extrêmement net et lisse. Son extrémité supérieure et interne pénètre

comme nous l'avons dit dans la tête fémorale, son extrémité inférieure et externe s'arrête net du côté de la diaphyse.

L'examen anatomo-pathologique des débris du curetage montre qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse, les follicules de Koster abondent ainsi que les cellules géantes (Dr GUIBERT). Le pus retiré de l'abcès renferme du bacille de Koch (examen direct).

Le 24 juin 1939, ablation des mèches introduites dans la géode et dans l'abcès. La cicatrisation se poursuit d'une façon stupéfiante comme rapidité, en même temps que l'état général de l'enfant s'améliore.

Le traitement général a été institué dans lequel l'iode, l'arsenic et les extraits glandulaires jouent le rôle essentiel.

Le 22 juillet, un examen radiographique montre pour la hanche, autour de la surface d'évidement une calcification plus régulière ; au niveau des genoux une amélioration très nette par rapport au cliché antérieur, en ce qui concerne la structure de l'extrémité inférieure du fémur.

A ce moment, les plaies opératoires sont complètement cicatrisées.

Le 18 août, nouvelle radiographie : les contours de la cavité sont encore plus nets, mais le bourgeon épiphysaire est à peine visible, les lésions de la partie haute de la cavité cotyloïde ont légèrement progressé.

Le 31 août, à l'extrémité supérieure de la cicatrice opératoire, au niveau de la face interne du genou droit, apparaît une tuméfaction fluctuante et douloureuse. On l'ouvre en la transperçant à l'aide d'une aiguille flambée, écoulement de sérosité purulente, pansement alcoolisé.

Le 7 septembre, on soumet l'enfant à des séances de R. U. V.

Le 20 septembre, nouvelle ponction au niveau de la tuméfaction sus-mentionnée ; on retire 5 à 6 cc. de pus. A l'examen direct pas d'agent pathogène, les cultures sont négatives. A l'homogénéisation pas de bacille de Koch.

Le 28 septembre, l'extension continue qui avait été continuée sans arrêt à l'aide de francoplaste doit être modifiée à cause des altérations cutanées, on l'effectue à l'aide d'une pantoufle feutrée.

Le 5 novembre une angine suspecte met dans l'obligation d'isoler l'enfant au service des contagieux, elle y reste jusqu'au 22.

A ce moment, l'état général est redevenu meilleur, mais malheureusement les lésions qui avaient paru cicatriser ont repris leur évolution, surtout du côté du genou.

Celui-ci est globuleux, de consistance succulente, il a toutes les allures d'un genou atteint d'ostéo-arthrite bacillaire. Au niveau de la hanche, la plaie opératoire s'ouvre par intermittence et laisse couler un liquide séropurulent, malgré cela l'état général est bon.

Une radiographie nouvelle est interprétée comme suit : « On ne constate pas de modification bien sensible
« depuis le dernier examen (18 /8), en ce qui concerne
« la hanche droite, les contours osseux sont plus réguliers ; au genou on note une destruction plus avancée
« du bourgeon épiphysaire (ce qui cadre avec l'examen
« clinique), il existe quelques néo-formations osseuses
« dans les parties molles. L'extrémité supérieure du
« tibia est respectée. »

Le traitement continue.

ÉTUDE DE L'OBSERVATION

Nous tenons à rappeler d'abord qu'au Congrès d'Orthopédie de 1929, M. ANDRIEU, de BERCK, a présenté un rapport sur les ostéites juxta-articulaires dans l'étude desquelles il donne la plus large part aux ostéites tuberculeuses.

De ce rapport que nous ne voulons pas analyser ici nous soulignons trois points :

1^o *Le côté anatomo-pathologique* : « En tuberculose, ce
« sont l'infiltration diffuse à laquelle fait suite la caverne
« avec ou sans séquestre, ou dans certains cas la séques-
« tration importante d'une région diaphysaire avec
« réaction périostique considérable, mais régulière, for-
« mant spina-ventosa. »

2^o *Le côté clinique* : « La symptomatologie des ostéites
« juxta-articulaires est, au début, très variable. Quel-
« quefois rien n'attire l'attention et la lésion est une
« trouvaille radiographique soit due au hasard, soit
« qu'une épreuve symétrique faite pour comparaison
« ait révélé un foyer ignoré dans un os présumé sain.
« Habituellement cependant le malade présentera quel-
« ques signes. Il se plaint de douleurs vagues, exagé-

« rées par la fatigue, disparaissant parfois pour quelque
« temps et reparaisant ensuite. Ces douleurs siègent aux
« environs d'une jointure, mais quand il s'agit de la
« hanche, elles peuvent siéger au genou. »

« Exceptionnellement ce sont des symptômes plus ou
« moins aigus d'arthrite qui attirent brusquement l'at-
« tention. Au genou l'hydarthrose n'est pas rare. »

3° *Au point de vue évolution* : « Les lésions, avons-
« nous dit, procèdent par poussées successives et restent
« latentes dans l'intervalle. Mais il en est probablement
« beaucoup plus qu'on ne pense dont l'évolution reste
« silencieuse de bout en bout, qui ne se sont jamais
« traduites par des signes cliniques et qui sont des
« trouvailles de radiographie. Nous avons pu ainsi suivre
« un malade traité pour ostéo-arthrite tibio-tarsienne
« chez lequel, par erreur, les genoux avaient été radio-
« graphiés. Ils montraient dans les deux tibias des lé-
« sions, l'une épiphysaire, l'autre bulbo-épiphysaire, qui
« ont reparu aux radiographies suivantes et se sont
« atténuées jusqu'à prendre un aspect de guérison sans
« que jamais un signe fonctionnel ou physique soit venu
« trahir leur présence. »

Si nous reprenons l'étude de cette observation, il nous est difficile de donner avec précision les dates auxquelles la lésion (peut-être primitivement intra-osseuse et diaphysaire) s'est propagée autant qu'il le semble vers les épiphyses et vers les articulations correspondantes.

Nous notons au mois d'octobre 1937, un traumatisme (chute de la mère qui tenait l'enfant dans ses bras) suivi quelques jours après d'apparition de douleurs dans le genou droit.

D'octobre 1937 à mai 1938, semble-t-il, absence apparente de troubles quelconques, il est vrai que pendant cette période, l'enfant n'est suivie par aucun médecin.

En mai 1938, c'est-à-dire 8 mois après le trauma, apparition sur la face antéro-externe du genou droit d'un abcès qui s'ouvre et s'évacue ; la fistule résultant de cette ouverture spontanée se referme sans traitement aucun.

En mars 1939, accentuation des phénomènes douloureux qui amène l'enfant dans le service.

A ce moment, les lésions sont déjà constituées. L'épiphyse fémorale inférieure dans sa partie interne est altérée, l'épiphyse fémorale supérieure l'est également et nous entrons dans la phase que nous venons d'étudier longuement.

La luxation pathologique de l'articulation de la hanche (qui jusque-là n'avait été le siège d'aucun trouble) et l'envahissement progressif du genou qui actuellement a toutes les apparences d'un genou atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse en sont les dominantes. Coxalgie et tumeur blanche du genou évoluent de pair.

PARTICULARITÉS CLINIQUES

Les particularités cliniques à souligner sont en ce qui concerne le genou : l'intégrité apparente de l'articulation du genou en dépit de l'atteinte de l'épiphyse fémorale inférieure côté interne, cliniquement caractérisée par son augmentation de volume avec légère douleur à la pression, radiographiquement par des images d'altération de la structure osseuse. Pour la hanche par le silence absolu, total, jusqu'au jour où la lésion pathologique a attiré l'attention et permis par une radiographie de préciser l'importance des dégâts (géode métaphysaire, coxalgie, destruction du cotyle).

Ces lésions évidemment, ont évolué avec une rapidité un peu plus grande que celle qu'il est d'usage d'observer dans des lésions de pareil caractère.

Ajoutons que comme de règle elles ont évolué sans élévation notable de température, mais avec une altération de l'état général qui n'a pas laissé d'être importante à certains moments.

Par ailleurs en tous points, elle se rapproche de la description classique, et reprendre ici les différents points que nous avons déjà signalés serait nous exposer à faire des redites sans aucun intérêt.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Nous n'insistons pas sur le siège métaphysaire des lésions du début, l'envahissement des épiphyses probablement à travers le cartilage de conjugaison ne s'étant fait que plus tard.

Nous désirons insister sur l'aspect de ces deux cavités telles qu'on a pu les étudier au cours de l'acte opératoire.

Dans la métaphyse inférieure, la géode, localisée sur la partie postérieure de la métaphyse, était limitée en arrière par le périoste épaissi, en avant et sur les côtés par de l'os compact, tel qu'on peut l'observer soit dans un kyste osseux, soit dans une ostéite infectieuse banale atténuée, que l'on a laissé évoluer jusqu'au moment où la lésion étant suffisamment refroidie il est possible de faire une opération quasi aseptique.

A l'extrémité supérieure du fémur, même constatation. La paroi antérieure du col était complètement détruite, seul un tissu fibreux épais délimitait la cavité en avant ; en arrière et en bas, la paroi osseuse était absolument lisse et régulière, formée par de l'os compact.

Dans les deux géodes, un peu de pus et un petit séquestre.

Telles sont les particularités anatomiques qu'il nous a paru digne de souligner et qui cadrent parfaitement avec les interprétations des clichés radiographiques.

CONSIDÉRATIONS DIAGNOSTIQUES

Les quelques considérations diagnostiques n'ont d'intérêt qu'en ce qui concerne la phase d'entrée dans le service. Rappelons qu'à ce moment l'attention a été exclusivement attirée du côté de l'articulation du genou, les examens complets faits par ailleurs, n'ayant pas permis de déceler d'autres lésions, exception faite de la kératite de l'œil droit.

Le problème de la nature de la lésion était donc posé, comme nous l'avons dit : quatre hypothèses possibles : tuberculose, syphilis, mycose, ostéomyélite.

Le diagnostic, dans ces cas-là, est d'autant plus difficile à faire que le mauvais état général de l'enfant pouvait expliquer très bien une localisation tuberculeuse, la notion d'une syphilis familiale devait faire penser à la possibilité d'une localisation du spirochète sur le fémur, l'évolution d'une furonculose survenue en 1938, pouvait expliquer une localisation du staphylocoque sur l'extrémité inférieure du fémur. Sans doute, l'hypothèse d'une mycose paraissait des quatre, celle qui avait le moins de chances d'être exacte.

On peut objecter, en ce qui concerne une localisation du staphylocoque, que la furonculose n'a été signalée qu'en août 1938 et que déjà en mai de la même

année était apparue la tuméfaction suivie au mois de juillet 1938 de l'ouverture spontanée de la collection suppurée, suivie à son tour de cicatrisation spontanée.

De telle sorte que, étant donné l'ordre chronologique d'apparition de ces deux lésions (tuméfaction, abcès fistulisé, puis furonculose), la relation de cause à effet entre la lésion cutanée et les lésions présentées par l'enfant à son entrée dans le service peut prêter à quelques discussions.

On pourra objecter que peut-être l'hypothèse de la tuberculose devait être retenue plus que les autres, mais il existe deux vieilles lois de pathologie générale que le Professeur ÉTIENNE se plaît à rappeler dans son enseignement, à savoir : que le même agent pathogène peut déterminer suivant les conditions dans lesquelles il est placé, suivant l'état du terrain sur lequel il évolue, des lésions absolument différentes, au point de vue clinique, au point de vue anatomo-pathologique, au point de vue radiographique et que par contre des agents pathogènes absolument différents les uns des autres peuvent déterminer des lésions absolument identiques en apparence au point de vue clinique, au point de vue anatomo-pathologique, au point de vue radiographique.

A ces deux vieilles lois s'en ajoute une autre, c'est que les associations microbiennes ne sont point exceptionnelles ; leur existence vient apporter dans les aspects cliniques et radiographiques des lésions, des modifications susceptibles de rendre le diagnostic étiologique plus difficile.

Il était donc nécessaire qu'un examen complémentaire fut fait ; rappelons que l'examen biologique du pus retiré de la géode de l'extrémité supérieure du fémur, ainsi que l'examen anatomo-pathologique des

débris retirés par curettage de la même géode, ont permis d'affirmer qu'il s'agissait bien d'une lésion tuberculeuse. La nature tuberculeuse de la lésion a été encore signée par l'évolution d'une part de la tumeur blanche du genou, d'autre part de la coxalgie.

A vrai dire, même ces examens de laboratoire dont le résultat est indiscutable, ne nous permettent pas d'affirmer qu'il s'agit d'une lésion absolument pure, il peut très bien y avoir, étant donné la syphilis familiale, association des deux. En tous cas, on ne peut pas oublier que si le spirochète ne s'est pas localisé sur les deux foyers osseux, il n'en reste pas moins qu'il contribue à créer et à modifier le terrain sur lequel évolue ces deux lésions.

Nous pouvons à titre documentaire pour illustrer encore l'évolution silencieuse et les difficultés de diagnostic, rappeler la curieuse observation publiée par Georges BENNET et Alvan JONES (*Archives of Surgery* avril 1935) et analysé dans la *Presse Médicale* du 23 octobre 1935 : « Il s'agit d'un curieux cas d'ostéite destructive tuberculeuse de la diaphyse fémorale dont
« l'histoire clinique a été obscure et méconnue, et qui
« s'est terminé par la mort. Cette affection est survenue
« chez un homme de 22 ans, bien portant qui vint consulter pour une tumeur fémorale, et la radiographie
« faite à ce moment-là, montra une image qui pouvait
« être interprétée comme une tumeur maligne, destruction osseuse avec néoformation périostée et tumeur
« excentrique. L'opération exploratrice qui fut faite,
« montra un tissu de granulation et le diagnostic opératoire resta incertain. L'évolution ultérieure de la
« maladie se fit vers une abcédation et la destruction
« progressive du fémur malgré de nombreux traitements et des opérations multiples de trépanation et

« de drainage ; à aucun moment on ne put mettre en
« cause le microbe de la maladie, et ce n'est que l'au-
« topsie qui révéla la nature exacte des accidents, le
« malade mourut à la suite de phénomènes pulmonaires
« et d'une méningite, et l'examen post-mortem permit
« de faire avec évidence le diagnostic de tuberculose.

« BENNET et JONES à la suite de ce cas un peu inha-
« bituel insistent sur la difficulté du diagnostic de la
« tuberculose diaphysaire, sur sa latence clinique. »

CONSIDÉRATIONS PRONOSTIQUES

Il est certain, malheureusement, que le pronostic est sévère. Il est sévère non seulement au point de vue vital, Il l'est au point de vue du membre inférieur.

Au point de vue vital, enfant malingre, chétive, peu d'appétit, ayant présenté des lésions infectieuses cutanées, de la kératite, atteinte à la fois par la tuberculose et par la syphilis et porteuse de deux lésions qu'il paraît bien difficile d'amener à cicatrisation.

Cette impression fâcheuse en ce qui concerne le pronostic vital, s'appuie aussi sur ce fait que la cicatrisation première et rapide des deux lésions après l'acte chirurgical n'a pas eu une longue durée, les lésions ont repris leur évolution. La réouverture de la cicatrice supérieure fémorale montre que le processus coxalgique continue à évoluer, sans doute sans grand fracas, mais a évoluer tout de même.

Du côté du genou les lésions ont repris avec plus d'intensité. Le genou déformé, globuleux, douloureux, avec disparition totale de l'interligne articulaire attestent que de ce côté le bacille de Koch étend ses ravages.

Si le pronostic vital est sombre, le pronostic en ce qui concerne le sort du membre inférieur si on ne considère que lui, est également mauvais. Même dans la meilleure des éventualités, la hanche et le genou vont rester ankylosés et non seulement ils vont rester ankylosés, mais la destruction des cartilages de conjugaison va s'accompagner d'un raccourcissement considérable du membre inférieur.

Il y a donc là, ne serait-ce qu'au point de vue fonctionnel et en admettant une cicatrisation complète, un pronostic particulièrement sévère.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Au point de vue thérapeutique, nous n'avons pas eu recours à la ponction évacuatrice quoique MARZIANI dans les *Archivio di osteopedia* ait rapporté des cas dans lesquels la simple ponction aurait été suivie de cicatrisation.

En ce qui concerne le traitement local, l'intervention était parfaitement indiquée, malheureusement elle est arrivée trop tard pour empêcher l'invasion de l'articulation et ceci par la faute des parents qui se sont refusés à suivre en octobre 1937 les conseils qui leur ont été donnés, et ont mieux aimé confier l'enfant à un rebouteux. Il est probable qu'à ce moment la lésion était exclusivement localisée dans la diaphyse et qu'un acte opératoire bien conduit aurait permis d'obtenir la cicatrisation de la lésion.

Il est possible aussi qu'à ce moment la radiographie ait permis d'étudier (étant donné l'âge de l'enfant) sur la même plaque, non seulement l'articulation du genou, mais également l'articulation de la hanche et que du même coup, on ait pu traiter la lésion fémorale inférieure et la lésion fémorale supérieure.

Nous soulignons ce fait, c'est qu'au cours de l'acte opératoire dirigé contre la localisation supérieure, il a été possible en passant par la voie immédiatement prétrochantérienne d'ouvrir le col, la géode, sans pénétrer dans la cavité articulaire. Malheureusement comme nous venons de le dire, l'infection avait envahi la tête, l'articulation et la cavité cotyloïde.

Nous n'insistons pas sur le traitement général qui a été mis en œuvre et qui est le traitement classique, ni sur celui qui a été utilisé pour la luxation pathologique que l'on s'est empressé de réduire avec douceur en appliquant l'extension continue sur la cuisse placée en abduction et rotation interne (avec extension sur le membre inférieur sain pour fixer le bassin).

Le traitement ultérieur doit consister au moins, pour les jours qui vont suivre, en confection d'un appareil plâtré qui n'avait pu être appliqué jusqu'à maintenant étant donné la fragilité de la peau. A cet appareil plâtré sera ajoutée l'extension continue.

Nous ne pouvons terminer ces brèves considérations thérapeutiques, sans souligner l'extraordinaire rapidité de cicatrisation apparente des lésions après chacune des interventions chirurgicales et la reprise ultérieure de l'évolution de ces lésions qui maintenant ont pris l'allure d'une part d'une coxalgie et d'autre part, d'une tumeur blanche du genou.

CONCLUSIONS

Les conclusions, que suggère la lecture de cette observation, confirment celles que M. ANDRIEU a donné à son rapport au Congrès d'Orthopédie de 1929.

Nous nous permettons simplement d'insister sur un point, c'est que si la clinique et la radiographie font découvrir chez certains de ces malades une cavité osseuse pouvant faire penser à une localisation tuberculeuse sur une région métaphysaire, il sera peut-être sage d'explorer systématiquement tout le squelette pour ne pas laisser évoluer dangereusement une autre lésion jusque là silencieuse et méconnue.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Observation	9
Etude de l'Observation	21
Particularités cliniques	25
Considérations anatomiques	27
Considérations diagnostiques	29
Considérations pronostiques	33
Considérations thérapeutiques	35
Conclusions	37

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Une observation d'ostéite mé-
taphysaire bipolaire tuberculeuse,*

par Paul BLANCHARD.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 14 Décembre 1939.

Le Professeur,
ETIENNE.

Vu :

Montpellier, le 14 Décembre 1939

Le Doyen,
EUZIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 15 Décembre 1939.

Le Recteur,
PARISELLE.

